

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОГО ВИЗИТА

Бейманова Е.В., Занько С.Н., Арестова И.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Оказание медицинской помощи пациентам с герпетическим заболеванием продолжает оставаться актуальной проблемой медицины, несмотря на постоянно пополняющийся арсенал специфических и неспецифических противогерпетических препаратов. Большие трудности в терапии герпеса связаны с клинико-эпидемиологическими особенностями инфекции и продолжающимся ростом количества больных, существенным преобладанием половой локализации герпеса [1, 3]. В лечении герпетической инфекции не может быть шаблона и ни одного уникального противовирусного средства, способного полностью элиминировать вирус из организма и повлиять на латентное течение заболевания. Отличительной особенностью рецидивирующей герпетической инфекции, существенно затрудняющей проведение антивирусной терапии, является персистенция вируса в организме и наличие латентных форм заболевания. Важным является снижение специфических и неспецифических факторов иммунологической реактивности и сенсibilизации организма, формирование иммунодефицитных состояний [3].

Согласно Международной статистической классификации болезней десятого пересмотра (1995), аногениатльные герпетические инфекции относятся к заболеваниям, передающимся преимущественно половым путем. Последнее обстоятельство позволяет отнести венерические болезни к болезням «поведения».

Клинические проявления ВПГ неблагоприятным образом влияют на психо-эмоциональную сферу пациента. Герпетические высыпания вызывают у больного чувство внутреннего дискомфорта, иногда – состояния, близкие к психопатическим. Нарушения психо-

эмоционального статуса наблюдаются в среднем у 30-50% пациентов с рецидивирующим герпесом [2].

Указанные факты придают проблеме лечения герпеса два новых направления – социальное и психологическое.

Результаты и обсуждение. В связи с указанным выше, целью нашего исследования явилась разработка и применение минимального медицинского и психологического стандарта в организации помощи пациенткам с герпетической инфекцией во время первичного визита.

Минимальный медицинский стандарт предусматривал установление точного диагноза на основании осмотра больного и забора материала для лабораторного исследования, ознакомление больного с прогнозом заболевания и возможностями противогерпетического лечения.

Психологический стандарт включал консультирование и помощь пациенту в оценке полового поведения и возможных осложнений герпеса, оказание психологической поддержки при наличии эмоциональных переживаний, информирование о возможных путях передачи инфекции.

Диагноз герпетической инфекции был установлен на основании клинических манифестных симптомов, лабораторных методов исследования (ПЦР, ИФА, ИФ).

Нами проведен ретроспективный анализ анамнестических данных и гинекологической заболеваемости, обследование и динамическое наблюдение, анкетирование и интервьюирование 94 пациенток с ВПГ-инфекцией. На основании полученных данных подтвержден диагноз, исследованы эмоциональные и социальные переживания больных при РГИ.

Обследованные женщины были в возрасте от 19 до 40 лет. Исследовались состояние периферической крови (гемограммы) и параметры иммунитета (иммунологическое исследование с фенотипированием циркулирующих лимфоцитов периферической крови – CD3+, CD4+, CD16+, CD19+; определение содержания иммуноглобулинов классов A, M, G и цитокинов в сыворотке крови). Все фактические данные обрабатывались с применением методов вариационной статистики.

Для характеристики инфекционного процесса использовалась общепринятая классификация герпетической инфекции по степени тяжести, по локализации и по степени выраженности клинических проявлений. Для клинического мониторинга и оценки тяжести и выраженности заболевания использовалось исчисление стандартизированных индексов тяжести заболевания (SCORAD,

PASI).

Вербальное общение с пациентами данной группы позволяет выявить у них следующие варианты эмоционального статуса: чувство вины – в 51%, чувство одиночества – в 9%, гнев – в 46%, стыд – в 29%, болезнь «отказа» – в 34%, смущение – в 31%, неуверенность в себе – в 11%, страх – в 51%, потрясение, шок – в 81% наблюдений.

Таким образом, первичный эпизод герпеса у большей части больных вызывает боль и значительный физический дискомфорт, нарушение сексуальных отношений и является причиной выраженных психологических расстройств.

Всем обследованным больным было проведено исчисление индекса SCORAD. По данным клинического осмотра и с учетом значений индексов все пациентки были разделены на 2 группы в соответствии с тяжестью процесса: 1 группа – с тяжелым течением герпетической инфекции (38,6% случаев); 2-я группа – со средне-тяжелым течением болезни (61,4% пациенток). Тяжесть течения герпетической инфекции по когорте больных составила в среднем $67,7 \pm 5,9$ баллов, что свидетельствует о значительной выраженности заболевания в исследуемых группах больных. Пациентки 1 группы имели средне-групповой индекс SCORAD $78,9 \pm 9,6$ баллов, а в группе со средне-тяжелым проявлением болезни индекс SCORAD составил $41,5 \pm 5,3$ баллов. По особенностям клинических проявлений герпетические поражения половых органов у обследуемых женщин можно было разделить на: герпес нижнего отдела уrogenитального тракта, анальной области и ампулы прямой кишки (78,6% обследуемых пациенток) и герпес верхнего отдела половых органов (21,4% больных).

Содержание Т-лимфоцитов в периферической крови у больных с тяжелым и средне-тяжелым течением болезни также было достоверно выше. Установлено, что уровни IgE у пациентов 1-й и 2-й групп в 3,3-3,7 раз превышали уровни иммуноглобулина у пациенток контрольной группы. Данные исследования подчеркивают наличие выраженного дисбаланса в иммунной системе больных с тяжелыми и средне-тяжелыми формами герпетической инфекции.

Заключение. На основании проведенных исследований нами предложен минимальный медицинский и психологический стандарт оказания помощи пациенткам с герпесом во время первого визита.

Продолжительность первичного визита (презентация и диагноз) не менее 30-35 минут.

Алгоритм действий и поведения врача включает:

- Добиться расположения пациента.

- Тактично и доступно ответить на все вопросы больного.
- Бережно информировать пациента путях передачи, о возможных прогнозах заболевания и симптомах, которые могут проявиться впоследствии.
- Тщательный осмотр пациента, забор материала для лабораторного исследования и постановка диагноза.
- Назначить противовирусное лечение в соответствии с манифестными симптомами.
- Решить вопрос о лечении сексуального партнера, оказать помощь в выборе метода контрацепции.
- Оказать психологическую поддержку и уменьшить эмоциональные реакции (шок, потрясение, беспокойство) при постановке диагноза.
- Назначить посещение через 1-2 недели, чтобы оценить разрешение манифестных симптомов и состояние пациента в динамике; определить психологическое состояние больного и ответить на возникшие вопросы.

Литература:

1. Современная терапия герпесвирусных инфекций: Руководство для врачей / В. А. Исаков [и др.] – СПб.; М., 2004. – 168 с.
2. Каримова, И. М. Герпесвирусная инфекция. Диагностика, клиника, лечение / И. М. Каримова. – М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – 120 с.
3. Новые подходы в лечении герпесвирусной инфекции / Ю. К. Скрипкин [и др.]. – Москва, 2006. – 43 с.